

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

428

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LEFRANÇOIS

Né à Caen, le 7 octobre 1900
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

FACTEUR ÉTIOLOGIQUE

DE LA MIGRAINE

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE CACINE, 15

1925

171

RECEIVED

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

RECEIVED

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
NATURAL HISTORY
AND
ZOOLOGY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LEFRANÇOIS

Né à Caen, le 7 octobre 1900
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

FACTEUR ÉTIOLOGIQUE
DE LA MIGRAINE

Président: M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 45

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHEL
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale
 CLERCQ . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. . Obstétrique.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE Pathologie mentale.
LIAN. . . . Pathologie médicale.
MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
METZGER . . Obstétrique.
MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
RICHET Fils. . Physiologie.
TANON. . . . Pathologie médicale.
TIFFENEAU . Pharmacologie en ma-
tière médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VERNE. . . . Histologie.
VILLARET . . Pathologie médicale.
WELTER. . . Ophtalmologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale
GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTNER. . Histologie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Qui nous fait le grand hon-
neur de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR JACQUES DALSACE

Assistant à l'Hôpital de la Pitié

*Qui nous a inspiré ce travail
et guidé de ses précieux conseils.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CAEN, 1918-1921

MM. les Docteurs GUIBÉ, Directeur de l'école.

AUDRAIN (*In memoriam*)

CHARBONNIER

DESBOUIS

GIDON

GOSSELIN (*In memoriam*)

LECORNU

OSMONT, Professeur

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS
1921-1925

M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

Accoucheur de l'Hôpital Beaujon.

M. LE DOCTEUR LESNÉ

Médecin de l'Hôpital Trousseau

M. LE PROFESSEUR TESSIER

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
(*Externat* 1923-1924)

M. LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

(*Externat* 1924-1925)

M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

(*Externat* 1925)

A M.M. LES DOCTEURS GASTON DURAND,
CARRIÉ, RABUT, GASTINEL, REILLY, CAM-
BASSEDÈS, CATHALA, COCHEZ, JOANON.

AU R. P. LAURAS ET A MES CAMARADES
DE LA CONFÉRENCE LAENNEC.

L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

FACTEUR ÉTIOLOGIQUE

DE LA MIGRAINE

INTRODUCTION

Le but que nous poursuivons dans ce travail, n'est pas de retracer une histoire clinique complète et détaillée de la migraine ; celle-ci a été bien décrite par les classiques. Par contre, les travaux de M. Widal et de son école sur le choc hémoclasique, ont donné à la question de l'étiologie un regain d'activité et ont inspiré MM. Pagniez, Pasteur-Valéry-Radot et Nast qui ont fait à ce sujet des recherches intéressantes (1), (2). On pourra consulter avec intérêt la thèse de Nast (3) et le groupement en une revue d'ensemble de ce qui a été fait sur la migraine dans la thèse de Mme Weismann (4).

La pathogénie de la crise migraineuse a été et est encore des plus discutées. Ces dernières années,

1. Pagniez et Nast, *Recherches sur la Pathogénie de la crise de migraine* (*Presse médicale* 28 avril 1920).

2. Pagniez et P. Valléry-Radot, *L'antianaphylaxie digestive* (*Annales de médecine*, octobre 1920).

3. Nast, *Migraine, peptonothérapie préprandiale*. Thèse Paris, 1921.

4. Mme. S. Weismann, *Des migraines*. Thèse Paris, 1924.

on a proposé de l'expliquer par des phénomènes de choc, et Nast dans sa thèse a soutenu la théorie anaphylactique.

Nous avons cru devoir revenir sur ce sujet en ce qui concerne un point de la pathogénie, signalé par la plupart des auteurs, sur lequel même quelques-uns insistent mais pour y renoncer presque aussitôt : il s'agit de l'origine digestive et en particulier de l'insuffisance hépatique comme cause déterminante de la migraine.

Nous avons été frappé par la *fréquence des signes d'insuffisance hépatique* que l'on retrouve signalés même par les auteurs qui n'y attachaient pas une importance pathogénique.

Dans le service du Dr Enriquez, dont nous avons été l'externe, nous avons cherché (devant les échecs thérapeutiques fréquents observés avec les traitements habituels), si, en traitant le foie (qui nous paraissait la cause de ces migraines), nous n'observerions pas au moins une sédation notable voire même une guérison de la migraine.

Dans les observations que nous apportons, on constate un effet extrêmement marqué d'un régime sévère classique des maladies du foie et du traitement médicamenteux et de la cure thermale dirigés contre l'élément hépatique. D'autres malades sont en cours de traitement depuis trop peu de temps pour que nous puissions en faire état dès maintenant.

Nous nous proposerons donc de montrer que l'in-

suffisance hépatique constitue chez un grand nombre de migraineux un des facteurs pathogéniques de la crise de migraine; la cure de cette insuffisance hépatique provoquant la guérison de cette migraine. Et même, ajouterons-nous, cela n'exclut nullement la coexistence d'autres facteurs pathogéniques et en particulier une sensibilisation du système nerveux végétatif et de troubles endocriniens, l'insuffisance hépatique pouvant permettre le déclenchement, à l'occasion d'une intoxication d'origine digestive, d'une crise de migraine qui n'éclate qu'une fois l'organisme sensibilisé.

Nous manquerions à toute gratitude en n'apportant pas ici au Dr Jacques Dalsace, assistant du service, et qui nous a inspiré cette thèse, nos bien sincères remerciements pour les bons conseils qu'il nous a prodigués et la bienveillance qu'il a toujours manifestée à notre égard.

DÉFINITION

Nous comprenons sous le nom de migraine : un syndrome essentiellement douloureux, caractérisé par une céphalée à crises paroxystiques, avec périodes intercalaires de sédation complète.

Survenant périodiquement ou non, prédominant souvent à une moitié du crâne (ce qu'exprime le terme « d'hémicranie » dont le mot « migraine » n'est d'ailleurs qu'une altération), ce syndrome douloureux *s'accompagne toujours de nausées*, parfois de vomissements pénibles et de troubles sensoriels divers, la photophobie en particulier.

Cette définition s'applique aussi bien aux migraines banales que l'on pourrait qualifier « essentielles » ou « réflexes », pures ou associées, qu'aux migraines symptomatiques d'une affection organique du système nerveux ou d'une maladie organique des cavités craniennes et faciales.

Laissant ici de côté l'étude de ces dernières, qui sont des syndromes migraineux plutôt que des migraines vraies, nous nous occuperons uniquement des migraines « essentielles » cliniquement primitives.

ETIOLOGIE

La migraine est une maladie qui ne s'observait guère à l'hôpital. C'est dans la pratique privée que le médecin la rencontrait le plus souvent. On sait en effet que la migraine est l'apanage des professions libérales et sédentaires ; on ne la constate pour ainsi dire jamais dans les milieux ouvrier ou paysan. Mais depuis la guerre, et particulièrement ces dernières années, le contingent des migraineux d'hôpital s'est accru en raison de la fréquentation des consultations hospitalières par des malades de conditions plus aisées.

Certains auteurs donnent dans leurs statistiques la prépondérance du sexe féminin (5 femmes pour 1 homme d'après Eulenburg) et disent que la menstruation semble être fréquemment la cause occasionnelle de la migraine. De fait, on voit souvent la migraine apparaître à l'époque de la puberté, revenir régulièrement chaque mois avec les règles et disparaître à la ménopause ; cependant, cette coïncidence peut manquer, et il est nombre de femmes qui font leurs accès en dehors des périodes menstruelles. En réalité, les hommes paient également leur tribut dans la même proportion sensiblement.

L'âge a également une importance : la migraine n'est pas une maladie de tous les âges. Son apparition dans les premières années de la vie est exceptionnelle. Le plus souvent, elle survient au moment de la puberté, vers l'âge de 12 ou 15 ans, s'établissant le plus souvent chez les filles avec la menstruation comme nous l'avons vu. Il est exceptionnel de l'observer chez les vieillards. « Si, comme le dit Tissot, ceux qui ne l'ont pas eue à 25 ans ne l'auront jamais ». il est non moins certain que les migraineux cessent d'avoir des accès après la soixantaine. (Nous verrons cependant (Obs. X.), une malade âgée de 65 ans et qui présente des migraines incontestables.)

On a publié des cas d'hérédité directe où la transmission s'était le plus souvent faite de la mère à la fille (Romberg, Symmonds, Eulenburg).

Comme la migraine est en rapport fréquemment avec des manifestations dites « arthritiques », elle a été considérée comme un des stigmates de la diathèse.

Les auteurs de l'antiquité avaient déjà bien décrit la migraine : mais ils groupaient dans leur description et la névralgie faciale, et les céphalées symptomatiques qu'ils confondaient avec la migraine.

Hippocrate ne la mentionne pas. Arétée (de Cappadoce) semble l'avoir signalée sous le nom d'hétérocrânie. Galien (cité par Thomas), sans préciser non plus la symptomatologie de cette affection, essaie d'en fixer la pathogénie. Au moyen âge et à la Renaissance, la question n'est guère éclaircie et ce

n'est seulement qu'au début du xviii^e siècle, que Wepfer isole la névralgie faciale des céphalées. Puis Reil, Tissot, Piorry font une description générale de la maladie. Tissot en particulier essaie de trouver une pathogénie : il montre les rapports de la migraine avec certaines névroses convulsives (asthme, épilepsie) et *défend son origine gastrique*. Puis, un grand nombre d'auteurs s'accordent à reconnaître :

Une migraine idiopathique ;

Une migraine sympathique qui serait liée à l'état de souffrance de quelque viscère ;

Enfin une migraine symptomatique d'une lésion de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Les auteurs du Compendium établissent un ordre rationnel parmi les formes diverses que reconnaissent leurs devanciers et les réduisent à deux principales :

La migraine idiopathique, essentielle ;

Et la migraine symptomatique.

Garrod et Charcot reprenant les idées de Trousseau insistent sur les relations de la migraine avec les diverses formes de rhumatisme chronique et la goutte. Les cliniciens avaient bien constaté la coexistence fréquente de la migraine et de plusieurs états constitutionnels tels que : le diabète, l'obésité, la gravelle, la *lithiase biliaire* (ces 2 dernières maladies constituant l'arthritisme des allemands), mais peu d'indications étaient données sur ce sujet.

Pour Lasègue, la migraine était en réalité l'apanage des gens sains de corps et d'esprit, et l'arthri-

tisme n'avait pas sur son développement l'action qu'on lui reconnaît. Il avait l'habitude de citer l'exemple de sa famille, où, disait-il, on était migraineux depuis 3 générations sans que personne ait une manifestation quelconque de goutte ou de rhumatisme. Soula (1) ajoute : « On le voit, il se plaçait à un point de vue trop exclusif. Si jamais il ne fut rhumatisant ni goutteux, sa mort prématurée par diabète, *après bien des manifestations de lithiase biliaire*, serait là pour témoigner des rapports entre la migraine et le vrai arthritisme, donnant à ses idées un démenti des plus cruels pour tous ».

Cependant, il faut reconnaître que le terrain arthritique, s'il favorise la migraine, ne la conditionne pas. Aussi, un certain nombre d'auteurs admettent-ils qu'*une lésion locale est nécessaire pour déclencher l'accès*.

Les Anglais, en particulier Clifford Allbutt, *on fait dépendre la Migraine d'une affection gastro-hépatique*.

Puis, plus récemment, Jacquet et Jourdanet ont attiré l'attention sur la *tachyphagie* qui serait pour eux le facteur étiologique le plus important.

Léopold Lévi et H. de Rothschild rendent responsables certaines insuffisances glandulaires et décrivent des migraines thyroïdiennes et des migraines ovariennes.

Plus récemment encore, à la suite des travaux de

1. Soula, *Contribution à l'étude de la Migraine*. Thèse Paris, 1884.

Widal et de son école sur l'hémoclasie digestive, Pagniez, Pasteur-Vallery-Radot et Nast ont montré le rôle de l'anaphylaxie comme facteur déclenchant de la crise de migraine et ont de ce fait proposé une thérapeutique nouvelle antianaphylactique.

En réalité, on a remarqué qu'il existe très fréquemment des causes provocatrices déterminantes de l'accès :

En premier lieu : *les écarts de régime : l'intolérance au chocolat, aux œufs, aux graisses*, à certains aliments, sont celles que l'on note dans la plupart des observations des migraineux.

Puis des causes diverses :

Les mouvements communiqués au corps par un bateau ou une *voiture mal suspendue* (comme nous le verrons dans notre observation II).

Les changements de l'heure habituelle d'un repas (obs. IX).

Une lumière trop éclatante ;

Grande fatigue cérébrale ou oculaire ;

Séjour dans un lieu mal aéré ;

Séjour trop prolongé au lit ;

Privation de sommeil, etc., etc...

Il faut mentionner d'une façon toute particulière :

La Constipation et les intoxications gastro-intestinales que l'on rencontre chez la plupart des migraineux (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII).

Enfin, la constatation d'hémorroïdes (obs. I, II, IV).

PATHOGÉNIE

Le mécanisme pathogénique de la migraine a donné lieu à maintes controverses et reste encore mal élucidé malgré les travaux importants fait ces dernières années, dans le domaine biologique en particulier.

Tissot et quelques autres avec lui, regardaient *l'estomac comme la cause de tout le mal*.

Lasègue lui-même se base sur ce fait d'observation clinique que *les migraineux ont en général un mauvais estomac, souffrent souvent de dyspepsie, voient leurs accès provoqués souvent par un écart de régime*.

Si l'on se reporte au dictionnaire Dechambre, il y est fait également mention de *l'état dyspeptique de certains migraineux qui voient leurs crises céder devant un traitement approprié à la dyspepsie*.

Une autre théorie incrimine les centres nerveux.

Pour Romberg, Calmeil, Leusbucher, Liveing, la Migraine est une névralgie cérébrale.

Se basant sur les recherches de Bonnier, Léopold Lévi considère la migraine comme « un syndrome bulbo-protubérantiel à étiologie variable » dont le

point de départ serait dans les noyaux du quatrième ventricule.

Sicard pense que la crise migraineuse est due à une perturbation vasculaire, elle-même liée à une réaction du sympathique. « L'angiospasme du territoire vasculaire du trijumeau ophtalmique et duremérien, serait à la base de la migraine simple, tandis qu'il invoque l'angiospasme de la région cortico-scissurale calcarine pour la migraine ophtalmique, et de la scissure de Rolando pour la migraine accompagnée ».

On a décrit une migraine blanche, sympathico-tonique, et une migraine rouge, sympathico-paralytique.

Pour Claude (1) le rôle principal serait dévolu aux systèmes sympathiques et parasympathiques, mais en tant qu'organismes intermédiaires, nécessaires à la production de la crise. « Celle-ci, dit-il, est déclenchée en réalité par un processus d'ordre supérieur, qui doit varier suivant les cas : processus réflexe peut-être, processus d'ordre toxique le plus souvent dans lequel les *auto-intoxications gastro-intestinales*, *hépatique* nerveuse et endocrinienne, doivent jouer leur rôle suivant les sujets. »

D'autre part, divers auteurs et particulièrement Pagniez, et P. Vallery-Radot, ont fait intervenir la crise hémoclasique comme mécanisme pathogénique de la Migraine. La réaction anaphylactique de l'or-

1. H. Claude. *Maladies du système nerveux*, t. IV.

R. Lefrançois

ganisme se manifesterait dans un premier stade par la crise hémoclasique et dans un deuxième stade, sous la forme de migraine.

On a pratiqué l'étude des éléments figurés du sang, mais sans obtenir de résultats qui méritent d'être retenus, sauf dans les migraines anaphylactiques où on a trouvé de la leucopénie (Pagniez et Nast).

On a signalé l'éosinophilie au moment de l'accès (Neusser).

Rouzaud et Rémond (1) ont recherché sur 42 sujets les rapports entre la composition des urines et celle du sang en dehors des accès. Ils arrivent à ces conclusions :

« L'augmentation de l'Az. résiduel, de l'acide urique et de la cholestérine dans le sang caractérisent suffisamment la défaillance de la cellule hépatique. » Mais ils trouvent d'autre part une augmentation de l'urée sanguine et une diminution du coefficient uréo-sécrétoire de Balavoine, ce qui leur permet d'incriminer également la cellule rénale. De plus, ces auteurs ayant examiné un certain nombre d'hépatiques purs et de rénaux purs, n'ont jamais observé chez eux la moindre migraine. Ils en déduisent : « que la cause pathogénique de ce syndrome n'est autre que la double insuffisance hépato-rénale dont leurs analyses auraient donné la preuve. »

Enfin, Mme Weismann reprenant l'étude de l'al-

1. Rouzaud et Remond, *Sur la pathogénie de la migraine* (Bulletin de l'Académie de Médecine 1920, p. 379).

calinité du sang chez les migraineux, trouve une augmentation de l'alcalinité sanguine qui « semble donc intervenir pour une part, dit-elle, dans le mécanisme pathogénique de la crise migraineuse. Cette constatation serait d'autant plus intéressante que, au cours de la grossesse, les recherches de Williamson (1) et de R. WeismannNetter (2) ont montré une diminution de la réserve alcaline. Et nous savons que la majorité des migraineuses voient leurs crises disparaître complètement au cours de la gestation ».

1. Williamson. *American Journal of Obstetrics*, septembre 1923.

2. Weismann-Netter. *Bulletin de la Société de Biologie*, 5 avril 1924.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (originale)

(Due à l'obligeance du Dr Jacques Dalsace.)

M. X... 49 ans.

Insuffisance aortique. Foie gros, douloureux. Constipation. Migraines : Plusieurs par semaine. Amélioration considérable par le traitement de l'insuffisance hépatique.

Antécédents. — Fièvre muqueuse à 13 ans. Rhumatisme articulaire aigu, franc, très violent, généralisé avec endopéricardite à 20 ans. Marié : pas d'enfants, un frère a de l'entérite. Deux sœurs bien portantes. Mère morte à 83 ans. Intestin fragile. Père mort à 53 ans, hémiplegique (avait une maladie d'estomac).

3 février 1923. — Le malade vient consulter parce qu'il se plaint de migraines très violentes et répétées.

Petit enfant revenant de l'école, en avait déjà.

Actuellement : se répètent plusieurs jours, interrompant le travail.

Depuis un an, s'accompagnent de vomissements alimentaires. La veille, se couche bien portant. Au réveil : douleur au niveau de la nuque et qui s'étend dans la journée à toute la tête. Le soir se couche plus malade et vomit son déjeuner de midi vers 9 ou 10 heures. Souffre tantôt d'un côté de la tête, tantôt de l'autre.

Quelques troubles digestifs, ballonnement du ventre, après les repas. Dans l'après-midi, étourdissements.

Actuellement : *plusieurs migraines par semaine*. Croit être mieux quand il n'est pas constipé. Les selles sont très peu abondantes, dures au début ; quelquefois : billes. Prend des laxatifs.

Un bon repas déclanche la migraine.

Les vomissements sont très pénibles et fatiguants. Beaucoup de gaz fétides. Renvois abondants. Le malade a bon aspect, mais le teint est un peu jaune. Quand il se fatigue, les urines sont rouges, avec dépôt d'urates.

Examen. — Le foie déborde un peu les fausses côtes. Il est légèrement douloureux.

De plus, le malade présente une insuffisance aortique typique avec gros souffle diastolique et un léger souffle systolique à la base. T. A. Laubry : 16-12.

Les réflexes rotuliens sont faibles, les achilléens normaux.

On constate en outre un bourrelet *hémorroïdaire*.

Traitement. — Régime très strict, extraits biliaires, eau de Vittel.

8 mars 1923. — Un examen des urines est pratiqué : Albumine = 0

On fait la recherche de la constante d'Ambard ; $K = 0, 147$.

La réaction de B. W. donne : $W = 1$ (faible)

$H = +$ (int. moy).

12 mars 1923. — Amélioration considérable.

Migraines très espacées et moins fortes sauf au début du traitement. Depuis quinze jours, pas une seule migraine violente.

Les selles sont irrégulières ; alternance de billes et de diarrhée quand prend du sulfate de soude.

T. A. Laubry : 16-12.

Traitement. — Eau de Vichy hôpital. Eau de Vittel, Boldo. Extraits biliaires.

4 juin 1923. — A été bien six semaines avec quelques migraines, mais pas de vomissements.

A dû voyager et a des migraines dès que mange au restaurant.

Les selles sont de nouveau plus fétides. Le teint est moins jaune.

Examen. — Le foie déborde de deux travers de doigt. Dououreux. T. A. Laubry : 18-11,5.

Traitement. — Calomel, Extraits biliaires, Eau de Vichy.

14 janvier 1924. — Bien pendant les vacances. Mais depuis quelque temps : palpitations, étourdissements. A eu quelques migraines légères, mais sans vomissements. A employé du calomel.

Examen. — Foie : gros et douloureux.

T. A. Laubry : 19-8,5.

OBSERVATION II (originale)

(Due à l'obligeance du Dr Jacques Dalsace.)

Mlle X..., 36 ans, lingère. Hépatite chronique avec cholestyite. Constipation. Migraines survenant avec la menstruation. Guérie par le traitement de l'insuffisance hépatique.

Antécédents. — Fièvre typhoïde en août 1921. Pas de grossesse.

30 avril 1923. — La malade vient consulter pour des douleurs épigastriques tardives survenant le matin à 2 heures, puis à 11 heures, puis à 6 heures du soir. Douleurs violentes parfois soulagées par l'ingestion d'alcalins ou d'aliments, ou par les vomissements. Siégeant au creux épigastrique avec irradiation descendante. Pas d'irradiation dorsale ni aux hypochondres. *Vomissements* : mucus et aliments de la veille.

Appétit conservé.

Amaigrissement de 4 kilogrammes en trois semaines.

Habituellement constipée. Reste parfois deux jours sans aller à la selle. Billes.

Cauchemars.

Souffrait de l'estomac depuis l'enfance, par crises autrefois très éloignées ; mais depuis octobre 1922, douleurs très violentes et presque continues. Vomissements rares. *Règles* régulières, très peu abondantes, un jour et demi, non douloureuses, réveillant les douleurs gastriques.

Migraines à peu près à chaque menstruation, avec vomissements, nausées. Douleur au sommet de la tête, s'accompagnant de la vision de points brillants et parfois (toutes les quatre ou cinq fois environ), obnubilation complète de la vision au point de ne pouvoir circuler. Parfois, douleur concomitante de la nuque.

La migraine est souvent déclanchée par le froid, le chocolat, et les voyages en voiture mal suspendue.

En avril 1923, a eu une crise gastrique douloureuse très violente accentuée par l'ingestion d'épinards, et qui a disparu au moment de l'apparition des règles,

Examen. — La palpation montre une douleur sur tout le trajet du côlon.

Point vésiculaire. On constate en outre la présence d'hémorroïdes.

Traitement. — Eau de Vichy, sulfate de soude, uroformine, extraits biliaires.

14 mai 1923. — Beaucoup mieux. N'est plus réveillée par ses douleurs gastriques qui ont presque complètement disparu.

4 juin 1923. — A cessé le traitement depuis huit jours. Souffre de la tête depuis ce moment et de l'« estomac » depuis quarante-huit heures.

Examen. — Mac Burney. *Point vésiculaire.*

9 juillet 1923. — Coliques avec selles molles.

Se trouve bien avec : eau de Vichy, uroformine, extraits biliaires. Douleur moindre à la palpation.

Traitement. — Le même $\frac{3 \text{ semaines}}{4}$ + opothérapie thyro-ovarienne.

4 octobre 1923. — Règles toujours aussi peu abondantes. En juillet le retard habituel de deux jours n'a pas eu lieu.

Très améliorée d'avril à juillet par l'eau de Vichy, le sulfate de soude, l'uroformine, les extraits biliaires. Réveillée vers 1 h. 30 ou 2 heures par une faim douloureuse calmée par les aliments. Il y a une dizaine de jours a eu deux jours de vomissements, vertiges, céphalée avec douleur gastrique.

Intolérance au chocolat et aux légumes verts.

Traitement. — Eau de Vichy.

18 décembre 1923. — A eu des faims douloureuses nocturnes pendant la cure de Vichy. Ont disparu ces dernières semaines.

Beaucoup moins de nausées. A continué l'opothérapie ; n'a plus de retard ; règles plus abondantes. Etat meilleur. N'est plus congestionnée après les repas.

Traitement. — Eau de Vichy, kaolin, belladone, solution alcaline.

22 février 1924. — Janvier : règles moins abondantes.

Février : mieux, mais trois jours de retard.

Traitement hépatique jusqu'au 10 janvier : pas de douleurs.

Du 10 au 24, vomissements et douleurs.

Actuellement : Douleurs plus tardives ; parfois 7 heures du matin, calmées incomplètement par la belladone, le kaolin. La venue des règles a calmé la douleur.

Se plaint d'aphtes qui récidivent depuis qu'elle a eu la fièvre typhoïde.

A eu une migraine assez forte sans vomissements quelques jours avant les règles de février.

Examen. — Douleur à la palpation *au point vésiculaire*. Souffre de la fosse iliaque droite.

Traitement. — Le même.

1^{er} mai 1924. — Arrêt complet des douleurs le 6 mars.

Règles le 15 mars : peu abondantes.

Selles régulières.

Souffre de tout le côté droit du ventre, en particulier quand se couche sur ce côté.

Pesanteurs, nausées au réveil deux ou trois fois. Pas de vomissements.

Examen. — Douleur vésiculaire très limitée. Douleur cæco-colique et endo-colique.

Migraine assez violente le dernier jour de ses règles.

Souvent tête lourde. *Etat bien meilleur qu'autrefois.*

Très fatiguée par la marche qui lui donne des douleurs dans le ventre.

Traitement. — Huile de paraffine, traitement gastrique, traitement ovarien, entérovaccin.

3 octobre 1924. — Règles d'août et septembre sans douleurs (Hamamélis).

A eu des douleurs nocturnes presque tout le temps avec insomnie.

Selles convenables avec l'huile de paraffine et Coréine.

Aucune céphalée. Aucun vomissement.

Traitement. — Un mois hamamélis seul, puis reprise des cachets thyro-ovariens.

6 février 1925. — Règles sans douleurs, mais migraines la veille avec nausées.

Douleur vive cæco-appendiculaire.

Même traitement.

16 avril 1925. — Souffre beaucoup de l'estomac et du foie.

Pas de migraines. Pas de nausées.

Règles très douloureuses en mars.

Traitement. — Eau de Vichy, kaolin.

19 mai 1925. — A des migraines très atténuées la veille ou le deuxième jour de ses règles qui ne l'obligent plus jamais à se mettre au lit alors qu'elle le faisait toujours autrefois; les nausées et les vomissements ont complètement disparu.

OBSERVATION III (Originale)

(Due à l'obligeance du Dr Jacques Dalsace.)

M. X..., 35 ans.

Appendicectomie. Côlite. Constipation. *Hépatite*. Migraines depuis l'âge de 5 ou 6 ans.

Traitement de l'insuffisance hépatique +. Peptone, puis seulement traitement hépatique. *Guérison des migraines.*

Antécédents. — Né à terme, mais petit. Sept frères et sœurs bien portants. Mère morte de diabète.

19 juin 1923. — A des poussées d'amygdalite depuis l'enfance. Mauvaise respiration nasale.

Au lycée, souffrait très fréquemment de la tête, vomissait en classe ou après une fatigue.

Maux de tête fréquents, extrêmement violents. Quand veut « tenir » quand même : nausées, puis petit vomissement bilieux. Céphalée frontale et douleur dans les yeux, au moins toutes les semaines. Les céphalées sont bien calmées par l'aspirine sauf ces derniers jours.

Opéré de l'appendicite en 1916. A gardé depuis des ma-laises à la suite de repas copieux ou après l'ingestion de cer-tains aliments : *les œufs, le chocolat, le café, le bœuf bouilli, les épinards.* Bouche pâteuse au réveil.

A toujours souffert de l'intestin : constipé. Petites cyballes très dures, mais selle quotidienne spontanée. Parfois diar-rhée.

Examen. — Foie nettement douloureux et débordant.

T. A. Laubry : 14-10.

Côlite.

Traitement. — Régime strict, eau de Vichy, extraits biliai-res, calomel, sulfate de soude, belladonne, peptone.

13 juillet 1923. — A perdu 2 ou 3 kilogrammes.

Estomac, tête beaucoup plus libres.

Aucune nausée. Une seule fois mal à la tête.

Depuis quelques jours, un point de côté sous-costal droit.

Examen. — Sensibilité hépatique diffuse, ventre moins

gros. Côlon moins sensible. Rate un peu augmentée de volume.

3 octobre 1923. — *Disparition des céphalées dès que prend de l'eau de Vichy Grande Grille.*

Très bien pendant la cure de : belladone, peptone.

A maigri de 4 à 5 kilogrammes.

Toujours tendance à la *constipation*. Plus régulier pendant la période de belladone.

Disparition absolue des nausées et des vomissements bilieux.

Aspect moins congestif.

Ventre plus plat. Amélioration considérable.

Examen. — Foie douloureux, ne déborde presque plus.

T. A. Laubry, 14-10.

Traitement. — Belladone, peptone, eau de Vittel.

15 décembre 1923. — Quelquefois un peu de lourdeur de tête vers 10 ou 11 heures et vers la fin de l'après-midi.

N'a plus de nausées ni de vomissements.

Depuis deux mois, a interrompu tout traitement.

Appétit et digestions régulières.

Toujours tendance à la constipation.

T. A. Laubry : 14,5-10.

Foie : déborde de deux travers de doigts.

31 janvier 1924. — Fatigue nerveuse, Dort mal.

Aucune gêne digestive ni céphalée.

T. A. Laubry : 14-10.

Foie : *idem*.

Traitement. — Acide phosphorique. Glycérophosphates.

9 février 1924. — Foie : *idem*.

Traitement. — Eau de Vichy.

29 mars 1924. — A passé trois semaines dans le Midi. S'y est bien trouvé.

Selles régulières, non fétides.

Quelques maux de tête légers. Sommeil bon.

Appétit excellent. Digestions faciles.

Quelques douleurs dans le flanc gauche.

Examen. — T. A. Laubry : 14,5-10.

Gaz angle splénique. Tympanisme postérieur étendu et douleur nette.

Foie non augmenté de volume.

Côlon droit sensible.

Traitement. — Amylodiastase. Eau de Vichy, peptone, belladone.

26 juin 1924. — Douleur colique en barre depuis trois ou quatre jours. Très bien jusque-là. Selles liquides et glaireuses. Douleur continue, accrue par l'alimentation, empêchant le sommeil. Pas de migraines.

L'abdomen qui avait diminué, augmente à nouveau.

Examen. — Abdomen non ballonné. Foie indolore.

Traitement. — Extraits biliaires, belladone.

2 mai 1925. — *Très bon hiver malgré surmenage.*

Quelques retours de maux de tête qu'il attribue à l'omission de solution alcaline qui les supprime.

Langue saburrale le matin. Selles moulées.

Aucune douleur abdominale.

Traitement. — Calomel, Vichy, solution alcaline.

OBSERVATION IV (Originale)

(Due à l'obligeance du Dr Jacques Dalsace)

Mme X..., 42 ans. Migraines chez une goutteuse ancienne constipée. *Point vésiculaire*. Traitement de l'insuffisance hépatique. Grosse amélioration des migraines.

Antécédents. — Règles régulières et abondantes. Hémorroïdes. Très nerveuse, très émotive. Deux enfants bien portants.

Constipée jusque vers 1914. Guérie par l'emploi des mucilages. Depuis, les selles sont sensiblement régulières.

A depuis de nombreuses années des crises fréquentes de migraine et de goutte articulaire. Celles-ci se sont espacées depuis le traitement par la teinture de colchique.

Les crises de migraine surviennent dans les jours qui précèdent les règles ou dans ceux qui les suivent. Elles apparaissent le matin au réveil et sont caractérisées par une douleur extrêmement violente dans la nuque et les régions sus-orbitaires. *Photophobie*. La malade se couche, ferme ses rideaux, est prise de nausées aboutissant souvent à des vomissements bilieux. Cet état se prolonge fréquemment vingt-quatre heures et jusqu'à quarante-huit heures.

Examinée au cours d'une crise, on constate une sensibilité à la palpation du foie qui prédomine dans la région vésiculaire.

On lui prescrit des cures de :

Eau de Vichy, solutions alcalines, extraits biliaires, calomel et un régime très strict.

Depuis un an, les crises sont très espacées.

Quand la malade se sent en imminence de crise, elle prend de petites doses de sulfate de soude et de l'eau de Vichy, qui, souvent font avorter la crise.

OBSERVATION V (Originale)

(Due à l'obligeance du Dr Jacques Dalsace)

Mme X..., 38 ans. Tient un café.

Troubles intestinaux avec constipation. Ethylisme. Cholécytite chronique. Migraines depuis la puberté. Traitement par la peptone et traitement hépatique. Amélioration.

Antécédents. — Rougeole, coqueluche.

Il y a quelques années : hystérectomie totale après un accouchement (seule grossesse).

2 octobre 1921. — La malade vient consulter pour des crises de céphalée très violente avec ombres noires devant les yeux et vomissements. La fréquence des migraines trouble complètement l'existence de la malade et l'empêche de vaquer à ses occupations.

Céphalée parfois, mais passagèrement hémicranienne, passant au cours de la crise d'une partie de la tête à l'autre ; temporale, frontale.

Début progressif : très mal à l'aise deux ou trois jours, puis, obligée de s'aliter, puis vomissements souvent bilieux qui la soulagent incomplètement.

Les crises durent fréquemment cinq ou six jours. Au moins deux ou trois crises par mois. *Ces crises ont débuté à la puberté et n'ont jamais cessé.*

Constipée (prend d'assez fortes purgations).

Varicosités de la face. Très nerveuse. Rêve qu'elle perd ses dents (des dizaines par nuit). Ethylisme.

Bon aspect général. Aucun subictère (aurait le teint jaune parfois pendant les crises, mais jamais au niveau des conjonctives).

Un vomissement muqueux jaunâtre.

Examen. — Côlon douloureux et très spasmé sur toute son étendue. Foie, rate, cœur, poumons, normaux. Langue blanche.

Réflexes rotuliens, achilléens, lumineux normaux.

Point vésiculaire net, sans aucune irradiation.

Traitement. — Régime strict, laxatifs, sédatifs nerveux, belladone, peptone.

21 octobre 1921. — Pas de crises jusqu'à hier où est survenue une crise violente.

La constipation a été très améliorée.

Actuellement, céphalée très violente, frontale. Dernière nuit très pénible. Plusieurs vomissements bilieux. Aujourd'hui vomissements porracés, très amers, verts avec dépôt assez épais.

Examen. — Pouls régulier, calme, aux environs de 70.

T. A. Laubry : 13-10,5.

Yeux cernés.

Abdomen non ballonné.

Point de Mac Burney net.

Point vésiculaire net.

Un vomissement survient au cours de l'examen : renvois gazeux puis efforts de vomissement très pénibles, puis rejet d'un liquide bilieux : 100 à 200 grammes environ.

Côlon non sensible. Un peu de gargouillement abdominal.

On fait une piqûre de morphine.

La crise a duré environ quarante-huit heures. Elle a été plus violente que jamais.

Après la morphine, la nuit a été bonne.

Deux ou trois jours après, reprend son travail.

Yeux : pourtour jaune et très cernés.

15 décembre 1921. — Depuis le 20 octobre, n'a eu que 4 crises.

Ne vomit plus de bile, mais a toujours une migraine intense pendant sa crise.

Durée des crises moindres : deux à trois jours

Depuis, la malade a été perdue de vue.

OBSERVATION VI

(Observation princeps :

Thèse de A. Nast. Paris, 1921. Résumée.)

M. X... 34 ans. Constipation avec débâcles de diarrhée. Troubles dyspeptiques variés. Migraines depuis l'âge de 10 ans, améliorées à 20 ans par le régime végétarien. Amélioration par la peptone.

Antécédents. — Famille de migraineux.

Depuis l'âge de 10 ans, et jusqu'à 20 ans, crises bi-hebdomadaires de céphalée et vomissements, exigeant le repos, et toutes les six semaines environ, une grande crise de migraine ophtalmique avec mouches volantes, hémianopsie, paraphasie, vertiges fourmillements dans la moitié gauche du corps, violente céphalée frontale, nausées et vomissements.

Amélioration à l'âge de 20 ans à la suite de l'adoption du régime végétarien :

Disparition des crises de migraine ophtalmique, mais persistance des crises de migraine ordinaire bi-ou tri-hebdomadaires.

Vers l'âge de 31 ans, un essai de retour au régime alimentaire normal amène une recrudescence des accidents migraineux et aboutit à un véritable état de mal qui dure une huitaine de jours et motive la reprise du régime végétarien mitigé.

Depuis, la situation ne s'est pas modifiée et M. X... est resté sujet à des migraines aussi fréquentes.

Il a de plus, *toujours souffert de troubles dyspeptiques variés* pesanteurs, flatulences, éructations très nombreuses et une somnolence très accusée après les repas.

La constipation est fréquente avec exagération au moment des crises de migraine ; celles-ci sont suivies de débâche polyurique et diarrhéique.

De nombreux essais thérapeutiques ont été essayés sans résultats.

Depuis décembre 1916, mis au *traitement peptoné*, a trouvé une grande amélioration. Quand le traitement est suspendu, une crise de migraine simple éclate au bout de quatre à six jours.

Le sujet a repris un régime normal de viandes et de légumes, des œufs.

OBSERVATION VII

(Observation VI. : Thèse de A. Nast. Paris, 1921. Résumée.)

Mlle X... 32 ans. Constipation. Intolérance au chocolat. Point hépatique douloureux. Migraines depuis l'âge de 11 ans. Amélioration par la peptone.

Antécédents. — Famille de rhumatisants. Pas d'antécédents de migraine familiale. Réglée à 11 ans.

Pre:mière crise de migraine à 12 ans.

Les crises allèrent dès lors en augmentant d'intensité et de nombre jusqu'à constituer souvent un véritable « état de mal ». (Céphalée quatre jours par semaine environ.)

La crise est classique : Les odeurs fortes, même celle du café, sa boisson favorite, sont insupportables à la malade.

La crise pourrait être provoquée par l'ingestion de *chocolat* ou par un vent violent. Elle survient aussi bien au moment des règles qu'entre les règles.

Entre les crises, la malade est très constipée.

Pas de malaise stomacal, mais parfois *point hépatique-souvent douloureux avec irradiation* à la région lombaire droite.

Lorsque cette douleur augmente d'intensité et que la langue est saburrale, la crise est imminente.

Le traitement par la peptone l'a bien améliorée.

OBSERVATION VIII

(Observation XII : Thèse de A. Nast. Paris, 1921. Résumée.)

Mme X... 48 ans. Crises de coliques vésiculaires. Migraines depuis la puberté. Amélioration notable, mais passagère avec la peptone. Amélioration persistante par un régime anti-arthritique.

Antécédents. — Hérédité arthritique bilatérale très chargée, en particulier grand'mère maternelle et un oncle paternel très migraineux.

Migraines depuis la puberté, très pénibles et très fréquentes. Actuellement 2 à 3 crises par quinzaine, et toujours une migraine à la veille des règles qui sont devenues très irrégulières depuis un an.

La malade a déjà eu 3 crises de coliques vésiculaires dont l'une avec ictère léger à l'âge de 41 ans. La malade a dû faire deux saisons à Vichy et deux à Nérès.

En mai 1920, traitée par la peptone sans autre régime ni traitement, jusqu'au 15 août, le résultat est remarquable : la malade n'eut que 4 crises de migraine dont 2 à l'occasion des règles. En outre, ses crises étaient légères, et débutaient au cours de la journée, l'après-midi, alors qu'habituellement la malade se réveillait avec la migraine et en avait pour toute la journée.

Le 15 août, alors qu'elle se trouvait au bord de la mer, les crises sont revenues et ont persisté tout l'hiver malgré la continuation de la peptone.

Traitée alors par un régime anti-arthritique, depuis février 1921, elle va beaucoup mieux.

Il faut noter que depuis ce moment, la malade a cessé d'être réglée.

OBSERVATION IX

(Observation XV. : Thèse de A. Nast. Paris, 1921. Résumée.)

M. X... 33 ans. Etat hépto-entéritique. Migraines depuis l'enfance. Amélioration considérable, mais temporaire par la peptone.

Migraines depuis l'enfance.

Augmentation d'intensité et de fréquence pendant l'adolescence, 2 à 3 crises par semaine. Ne peut indiquer aucun aliment provocateur. Ces accès sont beaucoup moins fréquents pendant les vacances, au grand air, et beaucoup plus nombreux pendant les périodes de vie sédentaire. Ils se manifestent volontiers à l'occasion d'une modification des habitudes : lever très tôt, voyage, repas particulièrement tardif.

Entre les crises, le malade présente habituellement un état saburral des voies digestives accentué au réveil.

Mais il n'accuse aucun phénomène dyspeptique vrai.

Depuis quelques années, les crises « suraigues » sont moins fréquentes et ont été remplacées par un état « migrainiforme » presque continu, avec céphalée diffuse modérée, fatigue perpétuelle, sommeil après les repas, impossibilité de veiller le soir. Cet état devient tellement accentué que son médecin en 1919 envisage l'opportunité d'une saison à

Vichy et d'un traitement sérieux de son *état hépato-entérique*.

Traité au début de 1919 par la peptone, son état s'améliore considérablement au point qu'il se considère comme guéri.

Mais quelques mois après, l'état migrainiforme est reparu.

OBSERVATION X

(Observation VII. : Thèse de S. Weismann. Paris 1924.)

Mme U... L... 65 ans. Migraines avec purpura, associée à l'urticaire, au prurit avec poussées de furonculose.

Migraines datant de l'enfance, extrêmement violentes, clouant pendant trois jours la malade au lit dans un état d'anéantissement complet. Au cours, et surtout à la suite de certaines crises, sont apparues, au niveau de la face et des membres supérieurs des taches purpuriques.

Lors de la ménopause, les migraines ont diminué de fréquence mais non d'intensité. En 1921, à la suite d'une grippe légère, est apparue une toux coqueluchoïde tenace, non influencée par l'ablation d'un petit polype naso-pharyngien, mais ayant cédé à l'iodure de Strontium. A la même époque, survint de la furonculose, réfractaire à l'auto-vaccin, mais guérie par un régime lacté exclusif. Elle fait place à un prurit d'extrême intensité localisé surtout à la région génitale et aux plis de flexion. Ces régions s'eczématisent et se lichénifient.

De juin à septembre 1921, le prurit reste d'une intensité telle qu'il entraîne une insomnie presque permanente. Pendant ce même temps, la malade n'a pas une seule crise de migraine. L'amélioration du prurit amène leur réapparition

et cette alternance se reproduit à plusieurs reprises : en septembre 1923, des écarts de régime et des bains arsénicaux ayant occasionné une généralisation et une exagération du prurit qui devient atroce et s'accompagne de furonculose, on est amené mieux encore à observer ce balancement : le prurit ne cesse que quand survient une migraine, et cesse complètement tant que dure celle-ci.

En outre, Mme L... présente depuis son plus jeune âge une *intolérance complète aux œufs, aux graisses, au chocolat*, une intolérance moins marquée au lait, aux féculents, aux poissons. Ces aliments lui causent des poussées d'urticaire et une diarrhée extrêmement fétide. Elle est aussi sujette au subictère qui, très souvent, accompagne ou suit ses crises migraineuses. Nous noterons encore qu'une fois est apparu, pendant plusieurs jours à la suite, un œdème palpébral chaud, rouge et prurigineux.

La fille de Mme L... âgée aujourd'hui de 35 ans, est elle aussi migraineuse, mais avec migraines menstruelles.

Elle a les mêmes intolérance digestives que sa mère.

Son fils de 5 ans les présente également.

Le fils de Mme L... est aussi réfractaire aux aliments précédents. Il a eu des troubles digestifs et des migraines par le chocolat. Une fois, l'absorption de beurre, dont il s'abstient d'ordinaire, a provoqué chez lui pendant une heure un malaise violent, avec subictère, troubles visuels. Depuis trois mois il se plaignait de troubles digestifs : diarrhée, nausées vomissements, réfractaires à tout traitement.

L'administration de peptone les a fait disparaître avec rapidité. Nous n'avons pas connaissance que la peptone ait été essayé par les autres membres de la famille.

DISCUSSION

La lecture des observations que nous venons de rapporter montre chez tous les malades une atteinte du fonctionnement hépatique prouvée par l'existence de signes fonctionnels ou de signes physiques.

Pour plus de commodité, nous grouperons les caractéristiques propres à chacune de nos observations et nous les analyserons ensuite.

L'atteinte du fonctionnement hépatique ne se manifeste pas chez tous les malades par une symptomatologie identique. Si nous prenons nos 5 observations originales où l'examen du foie a été fait de manière systématique, nous relevons (obs. II, IV, V) un *point vésiculaire* net et (obs. I, III) *Foie gros et douloureux*.

Dans les observations qui suivent, nous trouvons des troubles dyspeptiques variés (obs. VI), un « Point hépatique douloureux » (obs. VII), des crises de coliques vésiculaires dont une avec ictère léger (obs. VIII), un état hépatoentérique (obs. IX) ; enfin du subictère qui suit chaque crise migraineuse (obs. X).

Enfin, dans la thèse de Soula (1), sur les 77 obser-

1. Soula. Thèse Paris, 1884,

vations de migraineux qu'il rapporte, nous relevons 17 lithiases et un gros foie. Ces chiffres montrent clairement la fréquence des troubles du fonctionnement hépatique.

Nous pouvons d'ailleurs voir par comparaison avec les autres diathèses. Soula a classé ses observations en différents groupes suivant la maladie diathésique associée à la migraine et nous trouvons :

1° *Obèses* migraineux : 48 observations (dont 7 lithiases vésiculaires « obs. I, XII, XVI, VXIII, XX, XXIV, XXXIII ») ;

2° *Diabétiques* migraineux : 22 observations (dont 3 lithiases et un foie volumineux : « obs. I, VI, VIII, XVII ») ;

3° Enfin : 7 observations de migraines chez des *lithiasiques purs*.

Comme il est facile de s'en rendre compte, la proportion des lithiasiques est assez considérable. On sait aujourd'hui avec quelle fréquence la lithiasc biliaire s'accompagne de signes d'insuffisance hépatique !

On a noté en particulier que les lithiasiques migraineux font souvent en même temps que leurs accès douloureux, des poussées de subictère. Noël Fiesinger insiste sur ce point (1) et dit : « Nous avons vu certains lithiasiques présenter nettement longtemps avant leur lithiasc confirmée des crises de migraine intermittentes, coïncidant souvent avec

1. N. Fiessinger, *Maladies du foie et du pancréas. Traité de Sergent*, p. 287.

des douleurs dans la région vésiculaire et qui disparaissent par le traitement médical ou après opération de la lithiase.

Ces lithiasiques migraineux font souvent en même temps que leurs accès douloureux, des poussées de subictère. Il semble qu'il se produise dans ces cas une légère insuffisance hépatique et que la migraine ne fasse que témoigner le passage dans la circulation d'albumines hétérogènes ».

Notre observation II, relate une histoire semblable chez une femme atteinte de cholécystite et qui vit ses migraines s'atténuer en même temps que diminuait sa sensibilité vésiculaire.

Il n'est pas que des signes « directs » ou de « foyer » pour témoigner de l'insuffisance hépatique ; on trouve également des signes indirects, « fonctionnels » et là, se placent en premier lieu les intolérances digestives signalées par tous les auteurs. On sait que le *chocolat* est la cause déterminante de bon nombre de crises de migraine : On la retrouvera dans nos observations II, III, VII et X, et dans la curieuse anecdote que Soula tenait de la bouche même de son maître Lasègue. Nous la rapporterons textuellement pour n'en pas modifier le caractère instructif.

« Elève de philosophie du Lycée Louis-le-Grand, brillant sujet, Lasègue fût un des premiers désignés pour affronter les luttes difficiles du concours général. Le jour du tournoi venu, pensant que l'intervalle compris entre son déjeuner du matin et le

repas du soir suivant serait sans doute trop long pour son estomac de dix-huit ans, il se munit d'une bille de chocolat, qui fût croquée sitôt que l'on eut dicté le sujet de la composition. A peine avait-il procédé à cette collation pourtant légère, qu'il ressentit un vif malaise dont l'intensité s'accrut bien vite, et atteignit un point tel qu'il fût obligé, malgré des regrets cuisants, d'abandonner le partie. C'était un accès de migraine qui ne tarda pas à éclater. A dater du jour où s'était passée cette aventure si malencontreuse pour lui, Lasègue ne put jamais manger un bout de chocolat sans être, après quelques minutes, sous le coup d'une crise migraineuse très violente. Son esprit d'observation lui fit pourtant oublier la douleur occasionnée par des essais volontaires et son expérience personnelle lui permit de constater ce qui suit :

« Cinq ou six ans après son accident, l'accès n'arrivait qu'une demi-heure environ après l'ingestion du malheureux aliment. Dix ans après, c'était une heure qui s'écoulait avant l'apparition des phénomènes morbides, et ainsi de suite, le moment de la crise allant en s'éloignant davantage pour finir par disparaître complètement un jour. »

Les œufs, la graisse, certains légumes verts sont également parmi les aliments non tolérés.

Il est remarquable de noter que ces aliments sont précisément au nombre de ceux qui entraînent des accidents chez les malades présentant une atteinte du foie.

D'autres fois, c'est sous l'influence d'un écart de régime ou d'une modification dans l'heure d'un repas que le sujet verra une crise apparaître (Obs. I et IX) ou bien après un voyage en bateau ou dans une voiture mal suspendue comme c'était le cas pour la malade de l'observation II.

Il convient d'insister particulièrement sur la *constipation*, que l'on rencontre chez presque tous les migraineux (Obs. I à VIII). Le malade de l'observation I croit être mieux quand il n'est pas constipé.

On sait l'association fréquente des accidents hépatiques et de la typhlo-côlite (Durand et Binet).

Quelquefois on note (Obs. III, VI, X), des selles *grasses*, fétides, souvent diarrhéiques, et qui sont vraisemblablement en rapport avec le dysfonctionnement du foie.

Dans 3 observations (I, II, IV), nous constatons l'existence d'un paquet hémorroïdaire.

Dans nos 6 premières observations, on note une influence très marquée du traitement hépatique sur les crises de migraine. Cette action est manifeste aussi bien pour le régime alimentaire que pour les cures d'eaux minérales (Obs. III) et la thérapeutique médicamenteuse.

L'explication proposée de la migraine par une « intoxication » d'origine intestinale, n'infirme nullement l'existence d'une insuffisance hépatique.

Celle-ci au contraire, permet d'en mieux comprendre le mécanisme. A la faveur de l'insuffisance hépatique, les toxines passant dans la circulation

générale pourront déclencher la crise migraineuse dans un organisme sensibilisé. Dans certains cas, un foie normal et sain soumis à une surcharge toxique considérable, sera incapable de fixer la totalité de ces toxines ; celles-ci, passant alors dans la circulation générale déclencheront la crise comme dans le cas précédent. Il y aura là une insuffisance fonctionnelle du foie, insuffisance temporaire, mais qui est une étape nécessaire dans le mécanisme déterminant du choc.

Ce mécanisme semble pouvoir rendre compte des faits observés par Pierre Duval et J.-Ch. Roux (1) concernant des migraines en relation avec des sténoses du duodénum par compression mésentérique ou par brides membraneuses et qui furent guéries définitivement après duodéno-jéjunostomie.

Dans quelles conditions cette insuffisance hépatique donnera-t-elle lieu à des crises migraineuses ?

Il est bien certain que de très nombreux malades présentant une atteinte du foie analogue à celle relevée dans nos observations, n'ont pas de migraines.

Un terrain particulier est donc nécessaire.

L'hérédité « arthritique » et en particulier l'hérédité migraineuse paraît jouer un rôle très important dans la constitution de ce terrain, et l'on sait que la migraine peut se rencontrer pendant plusieurs générations successives comme dans la famille de Lasègue par exemple. La discontinuité des accidents permet

1. P. Duval et J.-Ch. Roux, *Archives de la Société de gastro-entérologie de Paris*, décembre 1923.

de penser avec Pagniez et P. Vallery-Radot à un état de sensibilisation de l'organisme. On comprend dans ces conditions qu'un traitement de désensibilisation qui s'adresse à l'équilibre humoral ou à l'équilibre endocrino-végétatif, provoque des améliorations et même des guérisons. Ce serait là le mode d'action de la thérapeutique par la peptone et de l'opothérapie endocrinienne.

Des considérations qui précèdent, considérations justifiées par les observations de nos malades, il résulte que le traitement des migraineux devra désormais tenir compte de ces deux facteurs et comporter à la fois une thérapeutique de l'insuffisance hépatique et une thérapeutique de désensibilisation.

CONCLUSIONS

1° a) L'étude clinique des migraineux montre chez un grand nombre d'entre eux des symptômes fonctionnels ou des signes physiques en rapport avec un trouble de fonctionnement du foie.

b) Dans certains cas, on observe un parallélisme remarquable entre les variations des troubles digestifs et la production des migraines ;

c) Un traitement dirigé contre les accidents hépatiques provoque une amélioration et parfois la guérison des migraines.

2° L'insuffisance hépatique observée chez ces migraineux paraît être une des causes qui conditionnent la crise de migraine.

3° Cette insuffisance hépatique, et en particulier l'insuffisance protéopexique, permet de mieux comprendre le mécanisme de la migraine invoqué par les divers travaux récents qui attribuent la migraine à une intoxication ou à un choc d'origine digestive.

La production de ce choc ou de cette intoxication exige en effet deux étapes :

1° Une étape digestive qui aboutit au foie dont

l'insuffisance permet le passage des toxines d'origine alimentaire dans la circulation.

2° Une rupture de l'équilibre sanguin (choc) ou une réaction d'un système nerveux sensibilisé (intoxication).

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON

Vu : Le Doyen,
L'Assesseur,
BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL



